

OCAP-11  
Rev. 9/87

5ta. COPIA

SIMBOLOS DE CONTABILIDAD							Estado Libre Asociado de Puerto Rico OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION DE PERSONAL Apartado 8476, Estación Fernández Juncos Santurce, Puerto Rico 00910		2. Certificación Número 2001-9-A
A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asig.	Objeto	3. Fecha de la Certificación 17 AGOSTO 2001		
							<b>NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO Y JURAMENTO</b>		
<p>INSTRUCCIONES: Use este formulario para todo nombramiento en el Servicio de Carrera y en el Servicio de Confianza. Use un formulario para cada nombramiento. La Agencia utilizará este formulario para notificar la fecha en que el empleado comenzará a prestar servicios. Por consiguiente, no debe ser sometido antes de la persona empezar a trabajar. El apartado 20 "Juramento" deberá ser firmado por el empleado en el espacio provisto. Acompañe este documento con el Historial Personal (OCAP-1), Examen Médico (OCAP-12) Certificación de Verificación de Requisitos (OCAP-29), Declaración Individual y Certificado de Nacimiento. Distribución: Original será retenido por la agencia, primera y segunda copia la O.C.A.P., tercera copia Departamento de Hacienda (Contaduría), cuarta copia Asociación de Empleados, quinta copia a Sistemas de Retiro, sexta copia al empleado.</p>									
4. Nombre del Empleado: <u>ORTIZ RIVERA, YARITZA</u> (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)				5. Nombre según aparece en el Seguro Social YARITZA ORTIZ RIVERA			6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
Si se trata de una mujer casada siga este orden: (1) Apellido paterno seguido de la preposición "DE" (2) Apellido del esposo y (3) Nombre				7. Número del Seguro Social <u>400</u>					
8. Dirección del empleado: URB. VILLA UNIVERSITARIA				9. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad y Pueblo DPTO. DE LA FAMILIA - REGION SAN JUAN ADM. FAMILIAS Y NIÑOS					
10. Título de Clasificación del Puesto TRABAJADOR SOCIAL I				11. Número de Clase G-320-0			12. Número del Puesto 12305310		
13. Clase de nombramiento <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> En el Servicio de Confianza (Indique disposición legal que incluye el puesto en el servicio de confianza)				14. Sueldo Mensual \$ <u>1,344.00</u> Diferencial _____ Total \$ _____					
15. Fecha de efectividad del Nombramiento 25 SEPTIEMBRE DE 2001				16. Fecha en que expira el período probatorio o el nombramiento 24 MARZO 2002					
17. Anterior Incumbente				18. Título de Clasificación del Puesto TRAB. SOCIAL I					
19. Firma de la autoridad nominadora o su representante autorizado: IDALIA COLON RONDON Firma				DIRECTORA REGIONAL Título			25 SEPT. 2001 Fecha		
<p>20. JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESION DEL CARGO O EMPLEO</p> <p>Yo, <u>YARITZA ORTIZ RIVERA</u> SS. Núm. <u>400</u> de <u>22</u> <u>SOLTERA</u> <u>TRAB. SOC. I</u>, y (Nombre del Funcionario o Empleado) (Edad) (Soltero o Casado) (Nombre del cargo o empleo)</p> <p>vecino de <u>HUMACAO</u> juro solemnemente que mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos y la Constitución y las Leyes del (Pueblo)</p> <p>Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior; que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas; y que asumo esta obligación libremente y sin reserva mental ni propósito de evadirla; y que desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo que estoy próximo a ejercer. Así me ayude Dios.</p> <p><u>25/Septiembre/01</u> (Fecha)</p> <p><u>244</u> Declaración Jurada Núm.</p> <p>Suscrito y jurado ante mí por <u>YARITZA ORTIZ RIVERA</u> de las circunstancias antes (Nombre)</p> <p>expresadas, a quien doy fe de haber identificado mediante <u>LICENCIA DE CONDUCIR #4175371</u>, (Nombre)</p> <p>En <u>SAN JUAN</u> <u>25</u> de <u>SEPTIEMBRE</u> del año <u>2001</u> (Pueblo) (Día) (Mes) (Año)</p> <p><u>[Firma]</u> Firma, Sello y Dirección del Notario Público o del Funcionario Autorizado que toma el Juramento</p>									
<p>21. Recibido en OCAP: <u>27</u> Nombramiento aprobado o registrado por:</p> <p>23. Fecha</p>									



DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
**Administración de Familias y Niños**

02 FEB 13 PM 1:35


21 de diciembre de 2001

Sa. Yaritza Ortiz Rivera  
Región de San Juan

Nos place comunicarle que usted fue elegida, mediante Certificación de Elegibles, para ocupar el puesto número 12305310 de Trabajador Social I, en el Programa de Servicios a Familias con Niños. Esta acción fue efectiva el 25 de septiembre de 2001.

Usted estará en un período probatorio de seis meses. Este cubre desde el 25 de septiembre de 2001 hasta el 24 de marzo de 2002. Durante, se efectuarán dos evaluaciones: una preliminar al 24 de diciembre de 2001 y una final al 24 de marzo de 2002 a los fines de evaluar el desempeño de sus funciones.

Su sueldo mensual es de \$1,344 con diferencial de \$426.

  
Delia E. Martínez Humphrey's  
Directora  
Nombramientos y Cambios

amd

cf Director Regional

**Cuidando su mayor tesoro**





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
ADIFAN • ADSEF • ASLIME • SECRETARIADO

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
REGION SAN JUAN**


*Carmen G. Fontanez Calderón*  
*Directora Aux. Recursos Humanos*

**CERTIFICACION**

*Certifico, que **Yaritza Ortiz Rivera**, comenzó  
a trabajar en este Departamento desde el 25 de septiembre de 2001.*

*Ocupa un puesto Regular de Trabajador Social IV y devenga un  
sueldo mensual de \$2,764.00 dólares.*

*Para que así conste firmo la presente hoy 10 de julio de 2007  
en San Juan, Puerto Rico.*

  
*Carmen G. Fontanez Calderón*  
*Directora Aux. Recursos Humanos*



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
REGION SAN JUAN

30 de junio de 2010

**SRA. ELSA ORTIZ**  
**DIRECTORA OFICINA LOCAL**  
**RIO PIEDRAS II**

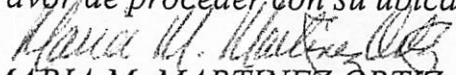
**RE: YARITZA ORTIZ RIVERA**  
**SUPERVISORA TS I**  
**ADFAN**

**CARTA DE PRESENTACION:**

*Nos place informarle que con efectividad al 1 de julio de 2010 la Sra. Yaritza Ortiz con un puesto de Supervisora Trabajo Social I, pasará a realizar sus funciones en la Oficina Local que usted dirige.*

*Agradecemos se instale a la Sra. Ortiz y se le oriente sobre sus tareas y normas administrativas vigentes.*

*Favor de proceder con su ubicación e indicarnos por escrito.*

  
MARIA M. MARTINEZ ORTIZ  
DIRECTORA REGIONAL INTERINA  
SAN JUAN

CC. Exp. Personal

/smta

  
6 julio 10.



## Administración de Familia y Niños



Luis E. Fortuño  
Gobernador



Mayra N. López Carrero  
Administradora

14 de abril de 2009

A: YARITZA ORTIZ RIVERA

### CERTIFICACIÓN DE FECHA DE ANTIGÜEDAD EN LA AGENCIA

Surge de los récords de esta Agencia que *YARITZA ORTIZ RIVERA* cuyo número de empleado es \*\*\* - \*\* *yep* y que ocupa el puesto *Supervisor De Trabajo Social I*, tiene una fecha de ingreso al servicio público de *9/22/2001* con una antigüedad total de *7 años 0 meses 0 días* (la antigüedad total será la suma de todos los períodos trabajados en el servicio público según lo establecido en la Ley Núm. 7 de 9 de marzo de 2009 y la Carta Circular 2009-02 emitida por la Junta de Reestructuración y Estabilización Fiscal el 3 de abril de 2009)

En la eventualidad de que usted no esté de acuerdo con la antigüedad certificada, tiene derecho a presentar en la Oficina de Recursos Humanos de la Agencia un Formulario de Impugnación de Fecha de Antigüedad Notificada mediante la cual acompañará aquella evidencia documental oficial emitida por la autoridad o entidad gubernamental competente ("evidencia documental fehaciente") que sostenga su posición. Asimismo, tendrá derecho a exponer y fundamentar en dicho Formulario su versión en torno a la antigüedad alegada.

El término para que someta el Formulario de Impugnación de Fecha de Antigüedad y la evidencia documental oficial es de treinta (30) días calendario, a partir de la notificación de la presente. La fecha de notificación es la de la entrega, o de la fecha de envío por correo certificado con acuse de recibo de esta Certificación, según sea el caso.

De no presentar evidencia documental fehaciente, o no refutar dentro del término de treinta (30) días, la antigüedad aquí notificada, ésta será concluyente.

En caso de que presente, dentro del término de treinta (30) días el Formulario con evidencia fehaciente que controvierta la antigüedad notificada, la Agencia no tomará determinación final sobre la antigüedad sin antes darle oportunidad de tener una vista previa.

Atentamente,

*Mayra N. López Carrero*  
Mayra N. López Carrero  
Administradora

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA**  
 PO BOX 11398  
 SAN JUAN, PUERTO RICO 00910-1398

1. Número del Cambio

05-1770

2. Número de Seguro Social del Empleado

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**

**INFORME DE CAMBIO**

Antes del Cambio

Después del Cambio

Cambio a Efectuarse	Puesto Núm. 12305310	Puesto Núm.																												
3. Nombre del empleado:	Ortiz Rivera, Yaritza A.																													
4. Agencia, Administración o Secretariado	ADMINISTRACIÓN FAMILIAS Y NIÑOS																													
5. Programa, División u Oficina	Servicios Familias con Niños																													
6. Unidad, División o Sección																														
7. Ubicación geográfica del puesto	Región San Juan																													
8. Categoría del Empleado	DE CARRERA																													
9. Status del Empleado	REGULAR	Probatorio																												
10. Título de Clasificación	Trabajador Social IV	Supervisor en Trabajo Social I																												
11. Unidad Apropiada / Excluido	B	Excluido																												
12. Sueldo	\$2,764.00	\$3,166.00																												
12.a Diferencial (1)																														
12.b Diferencial (2)																														
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos																														
14. Descuento para Seguro Social																														
15. Descuento para Aportación Sistema de Retiro																														
16. Descuento para Servicios Médicos																														
17. Descuento para Ahorros (A.E.E.L.A.)																														
18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)																														
19. Descuento Unión																														
20. Otros Descuentos																														
21. Clase	G-323-0	G-330-0																												
22. Escala	16	19																												
23. Fecha de Efectividad		1 de septiembre de 2007																												
24. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cuenta</th> <th>Fdo.</th> <th>Org.</th> <th>Prog.</th> <th>Asig.</th> <th>Año Pres.</th> <th>Grant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E1110</td> <td>111</td> <td>1230000</td> <td>1078</td> <td>001</td> <td>2008</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Cuenta	Fdo.	Org.	Prog.	Asig.	Año Pres.	Grant	E1110	111	1230000	1078	001	2008		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cuenta</th> <th>Fdo.</th> <th>Org.</th> <th>Prog.</th> <th>Asig.</th> <th>Año Pres.</th> <th>Grant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Cuenta	Fdo.	Org.	Prog.	Asig.	Año Pres.	Grant							
Cuenta	Fdo.	Org.	Prog.	Asig.	Año Pres.	Grant																								
E1110	111	1230000	1078	001	2008																									
Cuenta	Fdo.	Org.	Prog.	Asig.	Año Pres.	Grant																								
25. Indique si se trata de :	<input type="checkbox"/> Ascenso <input type="checkbox"/> Descenso <input checked="" type="checkbox"/> Reclasificación <input type="checkbox"/> Reinstalación <input type="checkbox"/> Reubicación <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Nuevo Nombramiento <input type="checkbox"/> Aumento de Sueldo	<input type="checkbox"/> Cambio de Categoría <input type="checkbox"/> Cambio de Status <input type="checkbox"/> Ascenso o Traslado Transitorio <input type="checkbox"/> Diferencial																												
26. En Caso de cambio a otra agencia indique – Licencia a acreditarse:	Compensatorio días. Licencia Enfermedad días,	días. Licencia Regular días,																												
27. Renuncia	Fecha de Separación (Ultimo día de Pago)	Fecha de Efectividad de la Separación																												
28. Separación																														
29. Destitución																														
30. Cesantía																														
31. Suspensión de Empleo y Sueldo:	Duración: De	A																												
32. Muerte:	Ultimo día de pago:	Participante de Retiro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																												
33. Clase de Licencia:	<input type="checkbox"/> Para estudio <input type="checkbox"/> Especial con paga <input type="checkbox"/> Militar sin sueldo	<input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Sin sueldo																												
Duración:	DE	A																												
34. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso)	<b>Reclasificación por cambio sustancial en deberes, autoridad y responsabilidad.</b> <b>Autorizado en Hoja de Evaluación ADFAN 07-08-P0691 del 7 de septiembre de 2007. Periodo probatorio vence el 29 de febrero de 2008.</b>																													
35. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm.																														
Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente:																														
36. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:	37. Firma del empleado en casos que fuere necesario																													
38. Aprobado por:	22 de octubre de 2007																													
 <b>Dra. Yarah S. Rodríguez López, Dir. Ofic.Rec. Hum.</b> Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado																														

ALB



IMPORTANTE  
INSTRUCCIONES:  
LEA AL DORSO

## DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

SAN JUAN, PUERTO RICO 00910-1398

## INFORME DE CAMBIO

2. Número de Seguro Social del Empleado

Antes del Cambio

Después del Cambio

Cambio a Efectuarse	Puesto Núm. 12305310	Puesto Núm.
3. Nombre del empleado:	Ortiz Rivera, Yaritza A.	
4. Agencia, Administración o Secretariado	ADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NIÑOS	
5. Programa, División u Oficina	Servicios a Familias con Niños	
6. Unidad, División o Sección		
7. Ubicación geográfica del puesto	Región San Juan	
8. Categoría del Empleado	De Carrera	
9. Status del Empleado	Probatorio	Regular
10. Título de Clasificación	Trabajo Social IV	
11. Unidad Apropiada / Excluido	B	
12. Sueldo	\$2,764.00	
12.a Diferencial (1)		
12.b Diferencial (2)		
13. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
14. Descuento para Seguro Social		
15. Descuento para Aportación Sistema de		
16. Descuento para Servicios Médicos		
17. Descuento para Ahorros (A.E.E.L.A.)		
18. Descuento para Seguro (A.E.E.L.A.)		
19. Descuento Unión		
20. Otros Descuentos		
21. Clase	G-323-0	
22. Escala	16	
23. Fecha de Efectividad		1 de julio de 2007

24. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	Fondo	Org.	Prog.	Asig.	Cuenta	Año Pres.	Grant	Fondo	Org.	Prog.	Asig.	Año Pres.	Cuenta	Grant
	E1110	111	1230000	1078	001	2007		E1110	111	1230000	1078	001	2008	

25. Indique si se trata de : ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o Traslado Transitorio ☐ Diferencial  
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

26. En Caso de cambio a otra agencia indique – Licencia a acreditarse: Compensatorio días.  
Licencia Enfermedad días, Concedida días, Licencia Regular días, Concedida días.

	Fecha de Separación (Ultimo día de Pago)	Licencia sin Paga	Fecha de Efectividad de la Separación
27. Renuncia			
28. Separación			
29. Destitución			
30. Cesantía			

31. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De A  
32. Muerte: Ultimo día de pago: Participante de Retiro ☐ SI ☐ No  
Fecha: Hora

33. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin sueldo ☐ Sin sueldo

Duración: DE A

34. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Cambio de Status. Se incluye Ocap-35. Cambio en cifra de cuenta.

35. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm.

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente:

36. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:

38. Aprobado por:  
DRA. YARAH S. RODRIGUEZ LOPEZ  
DIRECTORA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS  
Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

37. Firma del empleado en casos que fuere necesario

22 de octubre de 2007